

座談会

「肥満・肥満症の予防・治療」現状と課題

このほど日本肥満症予防協会理事の門脇 孝・虎の門病院院長と津下一代・女子栄養大学特任教授を迎え、同協会副理事長の宮崎 滋・結核予防会総合健診推進センター所長の進行で「肥満・肥満症の予防・治療」をテーマに座談会を開きました。

健康日本21(第二次)での評価

宮崎：「健康日本21」で多くの課題が改善に向かっているのに対し、肥満予防については十分な成果が上がっていないと報告されました。

津下：健康日本21(第二次)は2013年度から23年度までの計画で、このたび最終評価が取りまとめられました。目標は53項目あり、そのうち「目標値に達した(8項目)」と「現時点で目標値に達していないが、改善傾向にある(20項目)」で併せて5割を超えました。一方、「悪化している」項目が4項目あり、「メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少」と「適正体重の子どもの増加」も含まれています。

メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数は、ベースラインである平成20(2008)年度の1,400万人から、令和4(2022)年度に25%減少を目

指すという大きな目標を掲げていました。ですが、結果的には令和元(2019)年度(最終評価時)で約1,516万人と増加し、「悪化」のD評価となりました。健康日本21(第二次)前半の平成20年から27年では増加の抑制傾向がみられたものの、中間評価以降、増加に転じてしまいました(図1)。

また肥満者の割合についても、ベースラインが平成22(2010)年の31.2%で目標値は28%でしたが、最終評価では35.1%と増加しました。特に20歳から60歳代の男性が増加しており、D評価になっています。

メタボリックシンドロームはさまざまな対策で減少が期待され、特に中間評価では良い成績だったのにも関わらず増加に転じたということで、衝撃を持って受け止められたと思います。

門脇：中間評価では特定健康診査・特定保健指導が有効だったという総括をし



宮崎 滋先生、津下一代先生、門脇 孝先生

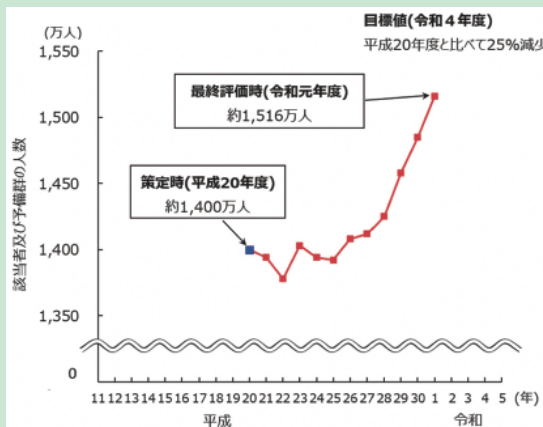
ていました。しかしその後、メタボリックシンドロームの該当者や肥満者、また糖尿病患者も増加に転じている点を考えると、不十分な面もあったのではないのでしょうか。

健康日本21(第二次)の概念図を見ますと「健康寿命の延伸」とともに「健康格差の縮小」が非常に重視されています。社会経済環境における格差と健康状況には関係があり、いわゆる“社会的弱者”や“経済的弱者”が肥満やメタボリックシンドローム、糖尿病になりやすいと考えられています。わが国も社会格差と関連する社会・環境要因が

肥満やメタボリックシンドロームの減少を困難にしているのではないかと思います。

津下：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の割合を保険者種別で、40歳から64歳まで5歳ごとに見てみると、共済健保と健保組合(単一)より、中小企業が加入している全国健康保険協会(協会けんぽ)の値が高いことが分かりま

図1：メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数の推移



資料：厚生労働省「特定健康調査・特定保健指導の実施状況」より作図

CONTENTS

座談会

「肥満・肥満症の予防・治療」現状と課題

提言

日常診療で「肥満症」を診断し、レセプトに記載することの意義

肥満症 診療現場訪問

心齋橋クリニック(大阪市)

レポート

日本臨床内科医会「かかりつけ医のためのWEB講座」
「肥満症認知向上プログラム」より

す。また自営業者などが加入する市町村国保の割合も高くなっており、門脇先生のいう健康格差を裏付けている可能性があります。

一方、平成21(2009)年と最終評価の令和元(2019)年を比べると特定健康診査の受診率は大きく上がりました。共済健保と単一健保は以前から高かったのですが、協会けんぽと市町村国保の受診率も上がってきました。今まで健診受診率の低かったグループが保険者の努力などで受診に至り、悪い結果も含めて掘り起こされた、という側面も否定できないと思います。

しかし最終評価時、特定保健指導の実施率は23.2%に過ぎません。糖尿病や高血圧などで服薬中の人は特定保健指導の対象外となるため、例えば血圧の薬を飲んでいてメタボリックシンドロームに該当する人にはアプローチできない問題もあります。

宮崎: 特定健診・保健指導が社会的に広がった結果、これまで受診していなかった層の実態を把握できたのは良かったということですね。一方、社会的・経済的に問題を抱えている人は、肥満症の受診・診療の機会を持ちにくいのではないかと思います。

門脇: 社会的・経済的な要因と、メタボリックシンドロームや肥満との関連はいくつかあると思います。例えば“コンビニ食”やファストフードへの依存など不健康な生活習慣にならざるを得ない人たちがいます。また疾患が見つかるチャンスが低かったり、疾患が発見されても受診に至らないケースが多かったりするもの、社会的・経済的要因で左右される面があるでしょう。このようなことが合わさって健康格差という現象につながっています。

指導と治療を妨げるスティグマ

津下: 今問題になっているのは、毎年繰り返して保健指導を受けている方々の存在です。データを分析すると、初回の指導後は比較的、効果が大きいのですが、繰り返して指導を受けるう

ちに効果が上がらなくなっていきます。もちろん指導を受けないよりは良いのですが、それ以上は医療につなげた方が良いケースもあります。例えば体格指数(BMI)が非常に高いのになかなか受診せず、保健指導の対象者として止まっている人たちなどです。保健指導の機会に受診勧奨もしっかり行う必要があるのですが、なかなか対応できていないのが現状です。このような状況を考えると、保健指導と肥満症治療との連携はもっと推進されてしかるべきだろうと感じています。

宮崎: 糖尿病と判定された人でも3人に1人ぐらいしか実際に診療は受けておらず、高血圧や脂質異常症になれば、もっと受診率は下がります。同様に肥満症で診療を受けようという人は少ないのが現状です。

門脇: スティグマという問題が非常に注目されていると思います。スティグマとは一般的に、特定の属性に対して刻まれる負の烙印(らくいん)を表す言葉で、誤った情報や知識、いわゆる誤解や偏見によってさまざまな負の影響を受けることを意味します。

例えば、肥満・高度肥満の人は「自己管理能力が欠如している」という誤解・偏見がスティグマになるケースがあります。しかし最近、肥満になるかどうかは、少なくとも50%は遺伝要因によって決まる、ということが明確に

なってきましたし、残り50%のうち7、8割は社会環境要因と考えれば肥満を自己責任とするのは二重、三重の誤りです。

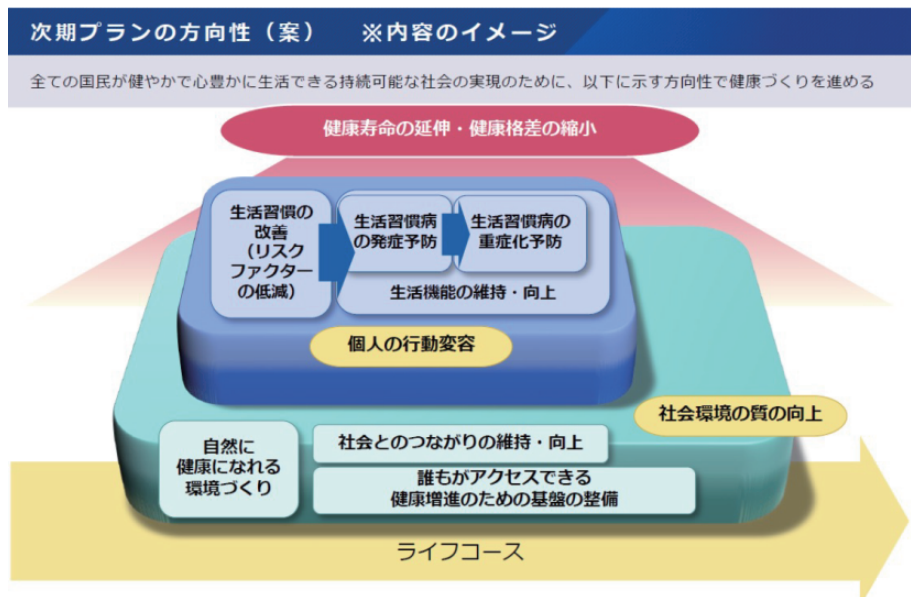
スティグマは社会的な誤解と偏見やメディアからの情報に加え、同僚や家族、友人が発信源になっていることもあります。問題なのは医療従事者によるスティグマです。医療従事者が肥満の人に「性格がだらしない」「自己管理ができない」などの偏見があると、その人の尊厳を傷つけ、自己効力感や自信を失わせてしまいます。そのため本来、肥満は遺伝や社会環境的な要因が大きく影響しているのにも関わらず、肥満の人が医療従事者の偏見によって「自分は意志が弱い人間だ」などと思い込んでしまい、治療に前向きになれなくなってしまいます。これが肥満症の治療を非常に難しくしている背景でないかと思います。

宮崎: 特定健診・保健指導の現場で医療従事者が血糖値や脂質、体重、腹囲などの結果にとらわれ、受診者の自己効力感を高めるまでには手が届いていないのが現状ではないでしょうか。

津下: 頑張っても体重が落ちるのには時間がかかりますから、すぐに結果が出なくても継続が大事だというメッセージを伝え、根気強く支えていくのが指導者として大切なポイントです。

宮崎: 特定健診や保健指導はあくまで

図2: 次期国民健康づくり運動プラン(令和6年度開始)策定 専門委員会 (2022.09.26)



入り口であって、指導期間の6ヶ月で完結するわけでは決してありません。

津下：令和6年度からの次期国民健康づくり運動プランの素案が、このほど示されました(図2)。方向性の案では、自然に健康になれる環境づくりや人とのつながりが土台にあって初めて予防や取り組みの継続につなげられることを示しています。ただ本人に「頑張れ」というのではなく、取り組みやすい環境や仕組みづくりにもっと意識を向けていこうという表れだと思います。

門脇：第二次のときは「社会環境の質の向上」「生活習慣の改善」が並列で示されていたため、生活習慣の改善は自己責任だと捉えられかねないと懸念していました。その点、今回のイメージ図では「社会環境の質の向上」が土台にあって、そのうえで「個人の行動変容」を描いています。自然に生活習慣が改善されるよう、まずは社会環境を整えていこうという点に着目したのはとても素晴らしく、進歩を感じました。

宮崎：医療従事者によるスティグマは大きな問題で、例えば肥満の人が高血圧や高血糖で受診した際、「痩せれば良い」という一言で対応をしているケースもあるでしょう。私自身の経験では、肥満の人の血圧を測るとき、「あなたのために特別に大きな椅子を用意しておきました」と声をかけている医療従事者を見たことがあり、とても驚きました。好意でかけた言葉がスティグマになっている例です。

門脇：“肥満者特有の性格”にはエビデンスがありません。むしろ、それは社会的な誤解と偏見、差別によるスティグマの結果ではないかと考えるべきです。

津下：指導者は本来、指導を受ける人が抱えている問題を共に考え、寄り添う立場であるべきです。普通に暮らしていても太りやすい現代社会でどう健康を守っていくか、共通の敵(肥満になりやすい環境)に向かって共に戦うような存在であれば安心してもらえるのではないのでしょうか。

宮崎：肥満症の外来を受診すればスーッと体重が減っている人が多いのですが、実際にちゃんと痩せられる人は多くありません。高血圧や糖尿病でも受診した全員が良くなるわけではないのと同じです。肥満症の治療を受けても体重や血糖値の上下はあるけれど、良くなるまで一緒に頑張らしましょう、というメッセージを送ることが医療従事者には求められています。

門脇：遺伝的な要因が強いと、そう簡単には痩せません。ですが、患者さんが肥満症に対して正面から向き合い、克服していく力を持っていると医療従事者が信じ、その力を引き出す「エンパワメント」がとても大事だと思うのです。一番やってはいけないのは、治療の成果が上がらなかった場合に、医療従事者の方ががっかりしてしまうことです。それを見た患者さんは自分が悪いと責めてしまいます。最も自分の味方として支援してくれるはずの人からのスティグマになるのです。

今後の課題と展望

津下：肥満症の研究で食欲のコントロールに問題がある場合や、病態の違いなどが分かっています。個人の性格や意志の問題ではなく、きちんと科学的に説明することも重要ではないかと思います。

門脇：その通りですね。高度肥満の遺伝的な背景がある人には減量手術、あるいはGLP-1受容体作動薬などの介入手段が治療上非常に有効な選択肢になります。遺伝子研究の進歩や病態を改善する治療手段の登場、そしてスティグマを解消していこうという動きが出てきているのは、肥満症治療の今後にとっても明るいことだと思います。

津下：薬による治療については、体重が減らない悪循環に陥っている状況をいったん断ち切る手段になり、患者さんの心理状態も良くなる面があるでしょう。ずっと薬に依存するのは問題ですが、このような改善手段があることを知るのはいいと思います。

門脇：結局のところ、食事や運動といった生活習慣が改善しなければバウンドや効果不十分になってしまいます。これさえ受ければ良くなる、というのは大きな誤解です。

津下：特定保健指導では太りやすい体質の人が体重減少につながる生活習慣へ楽に変えていける方法を考えていけると良いですね。コロナ禍の外出自粛で1日あたりの歩数が減少しましたが、ウェアラブルなどで歩数を管理している人たちはコロナ後、すぐに元のウォーキング習慣に戻ったという調査結果があります。このような仕掛けで、食事や運動の習慣を“見える化”して状況を自覚しやすくする、というのも一つの方法だと思います。

メタボリックシンドロームは当初「メタボ」という言葉がなんとなくかわいらしくて、罪悪感を持たれなかったのですが、次第に差別的なイメージが付きまとい、前向きに受け止められない人が増えました。実際に「私みたいな太っている者が健康を目指して良いのか不安だ」という声を聞いたことがあります。そうならないよう、誰もが前向きに予防や治療に取り組める社会づくりがとても大事だと感じています。

門脇：肥満の人も、高度肥満になる人も、みんな同じように健康になりたいと思っている仲間だという意識を社会全体で共有するのが重要ですね。

宮崎：肥満の人たちが堂々と診療を受けられる社会を目指したいですね。そして、肥満は自己責任ではないと科学的に証明されている点も、医療従事者はしっかり認識して指導にあたるべきだということがよく分かりました。一方で、社会的・経済的な弱者に健康格差があるという点については、医療だけでは解決するのは難しく根が深い問題です。今後、当協会では関係機関と連携しながら、肥満・肥満症の患者さんに対するスティグマの解消を目指し、アドボカシー(擁護)活動をもっと強化していきたいと考えています。

提言

日常診療で「肥満症」を診断し、レセプトに記載することの意義

■疾患としての「肥満」

かつて、世界保健機関（WHO）の連携組織である国際肥満対策委員会で、「肥満は病気か？ またはリスクファクターか？」という議論がなされました。

日本人よりはるかに高度肥満が多い、欧米の多くの学者は、視床下部性肥満やクッシング症候群といった内分泌性肥満などの特殊な肥満を除いた、いわゆる単純性肥満に関しては、病気と捉えるのではなく生活習慣病のリスクファクターとして捉え、肥満は公衆衛生上の課題として、その程度を軽減する広報活動などを進めるべきだという意見でした。

それに対して、私たち日本やカナダなど、肥満の“程度”ではなく“質と病気の繋がり”の研究で実績を持っている委員からは、肥満を疾患として捉え、個々の生活指導や場合によっては抗肥満薬の使用なども視野に入れた対策の必要性を主張したものでした。

肥満に伴う多くの健康障害は、必ずしも肥満の程度が決めるものではありません。高度肥満の少ない日本でも、肥満と密接に関連する糖尿病、高血圧、脂質異常などの頻度は欧米に引けを取らないことから、日本肥満学会がすでに20年余り前から、欧米の基

準より低いBMI25以上を肥満と判定し、その中で医学的な観点で（美容や単なる健康志向の観点ではなく）痩せるべき肥満を「肥満症」という疾患と診断するという、わが国独自の考え方を提唱し、その診断基準も臨床現場にも普及させてきたと思います。

■レセプトに「肥満症」を記載する意義

肥満症という疾患は、肥満によって起こる11個の健康障害のうち、一つ以上を伴っていることで診断されますが、その場合の健康障害が、例えば、2型糖尿病なら、肥満症側からの臨床診断は「2型糖尿病を伴った肥満症」となります。つまり、レセプトには「肥満症、2型糖尿病」という診断をしっかりと記載していくことが、当該患者にとって、治療の根幹に生活習慣の改善によって肥満の改善（特に内臓脂肪の減量）を動機づけることに繋がると考えられます。

なお、肥満症に伴うとされる多くの健康障害の成因の多くは、皮下脂肪ではなく内臓脂肪の過剰蓄積によることが確認されており、肥満症診断において、個々の健康障害の有無からの診断とは別に、内臓脂肪蓄積型肥満（腹部CT断面像で100cm²を超える場合）と判定することで、肥満症と診断できることも示されています。現在



日本肥満症予防協会理事長

松澤 佑次

一般財団法人 住友病院名誉院長

CTスキャンによる内臓脂肪の測定は保険が承認されていませんが、腹部インピーダンス法による内臓脂肪測定も普及しつつありますので、内臓脂肪の測定を介した肥満症の診断も可能になってくるものと思われます。

■健康障害対策に繋がる期待

いずれにしても、わが国が提唱したBMIの程度で判定するのではない肥満症の概念は、欧米でもようやく取り入れられる傾向となってきています。日常診療で、日本肥満学会が20年前から提唱してきた、肥満症の診断基準をもとに診断された「肥満症」という疾患をレセプトに漏らさず記載して患者に認識していただくことで、肥満症解消のモチベーションとなり、同時に多彩な健康障害の効率の良い対策に繋がることが期待されます。

肥満症最新情報が毎月届く！ メールマガジンのご案内



- ・日本肥満症予防協会からのおしらせ
- ・肥満に関連する健康ニュース
- ・アンケート/プレゼント企画

日々の療養指導・保健指導に役立つ関連情報を、毎月1回お届けします。



登録はこちらから

肥満症 診療現場訪問

大阪市 心齋橋クリニック

生活習慣病の健診を専門としている心齋橋クリニック(大阪府・大阪市)を訪問し、杉野正周事務長にお話を伺いました。

◆最近の話題として、新型コロナウイルス感染症の重症化をもたらす基礎疾患として肥満が注目を集めています。この点に関して、健診受診の方々はどうな感想をお持ちですか？

当院は人間ドッグ・健診を専門に取り扱う施設のため、「肥満」だけに焦点を当ててご意見を伺ったり、肥満解消のためのアドバイスをしたり、プログラムを立てて実践したりする施設ではありません。健診受診者のご意見を伺うことはあまりないのが実情で、したがって、新型コロナウイルス感染症について意見交換をする機会はそれほどありません。

人間ドッグ受診者との情報交換では、健診全般についての疑問点や、受診者の身体状況、特に気になる症状などについて伺うことに時間を使っています。現状では、新型コロナウイルス感染症が話題になることは少ないです。

一般的な検査については、エコー検査や腫瘍マーカーなどへの関心が高く、癌などの重大な疾患への関心が優先し、肥満症や内臓脂肪測定までご関心を持っていただく機会は、なかなかありません。

◆内臓脂肪測定のお取り組みを教えてください。

総合健診施設であるため、内臓脂肪測定計もいつでも使用できる体制は整えています。ただし、健診であるので、内臓脂肪測定は保険診療の対象になっていません。オプション検査で、エコー検査と同程度の約2,500円と設定していますが、企業の特別

の人間ドッグ全体に含まれることもあり、個別の料金が問題にならないことも少なくありません。

◆今後、内臓脂肪測定をどのように活用される予定でしょうか？

当院では男女別健診フロアを採用しています。そのいずれにも、内臓脂肪計を備えています。クリニックとしても、内臓脂肪についてきちんと説明し、内臓脂肪測定者を増やしていく活動に取り組んでいきたいと考えています。

そのためには、内臓脂肪や肥満(肥満症)を理解してもらうためのツールなども、積極的に活用していきたいです。

【取材を終えて】

肥満を予防することで、さまざまな生活習慣病疾患を予防するのは、健康な人生を送るうえで非常に重要です。しかし、肥満症を放置すれば、糖尿病腎症から四肢の切断、人工透析、そして心筋梗塞、脳梗塞などの重篤な心血管病と結びついていくという、情報提供があまりなされていないのも現実です。

肥満症がこうしたさまざまな疾患の源流にあるというよう理解を積み上げていくことが、当協会の重要なミッションとなるとの感想を強く持ちました。



健診内容の充実など、人間ドッグ・健診施設としての「クオリティ」の高さを追求しているという姿勢が強く感じられる。



心齋橋クリニックは、待合室が男女別となっており、それぞれ独立した部屋で内臓脂肪がいつでも測定できる。



肥満症の啓発は、健診施設とどのように連携を進めていくということも大きな課題である。

日本臨床内科医会「かかりつけ医のためのWEB講座」 「肥満症認知向上プログラム」より

日本臨床内科医会では連続セミナー「かかりつけ医のためのWEB講座～スペシャリストがジェネラリストになるために～」を開催しています。日本肥満症予防協会は、ノボ ノルディスク ファーマ株式会社のスポンサードセミ

ナー「肥満症認知向上プログラム」に協力しています。

本記事では、当協会理事の下村伊一郎先生および益崎裕章先生が登壇した回の模様をお知らせします。



日本人の肥満症治療における課題と患者さんへのアプローチ

講師：下村伊一郎 先生

(大阪大学大学院医学系研究科 内分泌・代謝内科学 教授／一般社団法人 日本肥満学会 副理事長)

開催日：2022年2月17日

肥満者と医療関係者の疾患認知

我々は、日本人における肥満管理に対する認識、態度、障壁について調査するために、ACTION-IO試験の日本人データを用いて解析を行った。

その結果、肥満を慢性疾患として認識していた割合は、医療関係者が85%であったのに対して肥満者が58%であった¹⁾。また減量に対する姿勢について、「患者の減量は、すべて患者自身の責任である」、「私には、患者の減量に積極的に貢献する責任がある」と考える医療関係者の割合は、全体集団ではそれぞれ30%、80%であった²⁾。一方、同項目について、日本人集団ではそれぞれ49%、58%であった¹⁾。日本の医療関係者は肥満に対しての責任感が海外と比べて希薄な傾向がうかがえた。

さらに、過去5年間に医療関係者と減量に関して対話した割合、肥満と診断された割合、フォローアップ診療の予約割合は、それぞれ全体集団では54%、36%、21%²⁾に対し、日本人集団では24%、18%、4%¹⁾と、日本の医療関係者による肥満者への介入も少ない現状が推察された。減量について対話しない理由としては、日本人集団で

は「患者の体重についてあまり関心がない/懸念していない」と答えた割合が12%と¹⁾、全体集団の5%²⁾の2倍以上であった。

これらの結果を踏まえると、日本の医療関係者は肥満者に対し、より意識的にコミュニケーションを図ることが重要であり、減量への取り組みに前向きで愛想のよい態度をとること、体重について積極的に話しかけることといった工夫が求められると考えられる。そのためには、医師や看護師、その他の医療専門職を含めた包括的アプローチを採用することが不可欠であろう。

体重スティグマの撲滅と患者の治療意欲の醸成・維持

昨今、糖尿病領域では、烙印・恥辱などを意味する「スティグマ」の治療への影響が注視されている。肥満者に対しても、体重スティグマの存在が指摘されている。肥満者は自己管理ができない・意志が弱いといった誤った認識や、それを誇張するようなメディア媒体の誤った情報拡散などにより、仕事上での差別的な評価、教育現場でのいじめや差別などにつながる可能

性がある。また、医療関係者そのものの否定的な態度や差別的な対応も起こり得ることから、医療利用への障壁にもなっていると考えられる^{3,4)}。

偏見を減らし、個人のWell-beingを向上させるために重要なことは、医療関係者と肥満者のコミュニケーションである。その際には、「ポジティブになる」「援助とサポートを行う」「協力する」「理解する」などの考え方を意識する必要がある^{5,6)}。肥満症治療では、リバウンド現象を認める肥満者が多いという実情、遺伝的素因・代謝適応といった患者の意志に依存しない要因の影響、体重スティグマの存在などを理解し、一人ひとりの患者に寄り添いながら、包括的に関わるのが大切と考える。

文献：

- 1) Iwabu, M., Yamauchi, T., Shimomura, I., Eguchi, K., Ogawa, Y.: Perceptions, attitudes and barriers to obesity management: Japanese data from the ACTION-IO study. *J Diabetes Investig*, 12:845~858, 2021.
- 2) Caterson, I. D., Alfadda, A. A. et al.: Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab*, 21:1914~1924, 2019.
- 3) 上平雄大, 中里雅光: オベシティ・スティグマ-肥満, 肥満症があることによるスティグマ-. *Med Pract*, 38:1007~1010,

2021.
4) Rubino, F., Puhl, R. M. et al.: Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med*, 26: 485~497, 2020.

5) Albury, C., Strain, W. D. et al.: The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes*

Endocrinol, 8: 447~455, 2020.
6) NHS England: Language Matters: Language and diabetes. 2018.

肥満症治療の基盤：食事・運動・行動療法の重要性

講師：益崎裕章 先生

(琉球大学大学院医学研究科 内分泌代謝・血液・膠原病内科学講座 (第二内科) 教授/

一般社団法人 日本肥満学会 常務理事)

開催日：2022年5月25日

肥満症に対する治療方針と食事療法指導のポイント

肥満症診療ガイドライン2016では、肥満症 ($25 \leq \text{BMI} < 35$)、高度肥満症 ($\text{BMI} \geq 35$) ごとに減量目標が設定されており、肥満症の治療として食事・運動・行動療法が推奨されている⁷⁾。

食事療法では、摂取エネルギー制限が基本となる。実践する上では、ビタミンやミネラルの不足に陥らないよう注意して糖質や脂質などを中心に制限すること、特定の食品にたよる極端なダイエットは健康障害につながるため避けること、食事療法の効果は遵守率に依存するため、患者自身が納得して長期間にわたって実現可能なメニューを提案することなどがポイントとなる。

運動療法指導のポイントと運動による健康増進効果

運動療法では、運動に抵抗のある肥満症患者もいるため、無理なく楽しめて習慣化できる種目をみつけることが肝要である。1日に合計30~60分、1週間で合計150~300分を目安に、週5日以上実施することが推奨されている⁷⁾。食事療法における咀嚼の記録と同様に「グラフ化体重日記」⁸⁾などを活用して体重を記録することも効果的で、運動の有無と体重の増減の関係を認識し成功体験を感じることにつながる。

運動療法指導では、患者に「運動」に関する知見も伝えながら、適切な頻度・強度で運動に取り組んでいるかどうかを確認することが大切であると考えられる。

肥満を助長する要因 ~食行動の認知性調節~

過食や運動不足などの行動要因以外にも、遺伝的な要因や社会的な要因など、肥満症の発症要因や治療の妨げとなる要因が数多く存在する⁹⁾。肥満を個人の責任に帰すことなく、これらの要因の存在を認識する必要がある。

生物学的な要因として、野生動物とヒトでは食行動の調節様式に違いがあることが知られている¹⁰⁾。例えばマウスなどでは満腹になるとそれ以上食べることはない一方、ヒトの場合は香りや匂いなどが刺激となり、満腹状態でもさらに食べることで済ませることがある。さらに近年、複数の添加物を含み工業的な加工工程を経て作られた「超加工食品」の摂取が、摂取エネルギー量の増加や、体重および体脂肪の増加を起しやすくなることが報告されている¹¹⁾。

肥満症診療にあたる際は、ヒトに特有の食行動を調節する様式があること、さらにはそれを攪乱する食品が巷にあふれていることを理解することが重要であると考えられる。

患者と協力的な治療関係を築くために

日本肥満症治療学会による「肥満症の総合的治療ガイド」では、肥満症患者と接する際に注意すべきこととして、リラックスした雰囲気作りやオープンクエスションでの問いかけが挙げられている¹²⁾。決して今の肥満の状態を責めたりするのではなく、患者の思いや考えをそのまま受け止めた上で、それを

踏まえた行動変容や減量治療へとつなげる必要があると考える。

食事・運動・行動療法の実施後も合併する健康障害が悪化し、薬物治療の強化を行ったが効果がみられない場合や治療を進めても体重の増加が進行する場合、難治性の高度肥満症でメンタルサポートが必要な場合などは、肥満症専門医に紹介を検討する⁷⁾。

肥満症治療では、食事・運動・行動療法を始めとしたさまざまなアプローチが必要となることから、プライマリケア医と肥満症専門医が連携し、患者とともに目標達成に向けて歩みを進めていくことが大切であると考えられる。

文献：

- 7) 肥満症診療ガイドライン2016(日本肥満学会編). ライフサイエンス出版, 2016.
- 8) 加隈哲也, 千葉政一・他: 行動療法—肥満症治療における体重測定習慣の重要性—. *肥満研究*, 17: 21~26, 2011.
- 9) 吉松博信: XIII. 代謝・栄養障害, 13. 1. 肥満症. 内科学(金澤一郎・他編). 医学書院, 2006, pp. 2387~2394.
- 10) 吉松博信: [IV] 肥満治療のサイエンス, 1. 肥満症治療のアプローチ. 第124回医学学会シンポジウム記録集, 肥満の科学. 日本医学会, 124~136, 2004.
- 11) Hall, K. D. Ayuketah, A. et al.: Ultra-processed diets cause excess calorie intake and weight gain: an inpatient randomized controlled trial of ad libitum food intake. *Cell Metab*, 30: 67~77, 2019.
- 12) 肥満症の総合的治療ガイド(日本肥満症治療学会 治療ガイドライン委員会編, 齋藤康他監修). 日本肥満症治療学会, 2013.

本セミナーのさらに詳細なレポートを、ウェブサイト「糖尿病リソースガイド」にて公開中です。ぜひご活用ください。



配布のお知らせ

新刊「肥満症治療読本」「肥満症予防ガイドブック」

【新刊】



日本肥満症予防協会オリジナルのガイドブック「肥満症治療読本 肥満症を放置していませんか?」を新たに発刊しました。この「治療読本」では、肥満症の定義や、内臓脂肪型肥満がもたらす影響、改善や治療法を紹介しています。詳細については当協会ウェブサイトにてご案内いたします。

すでにご好評いただいている「肥満症と健康生活 肥満症予防ガイドブック」も配布を継続していますので、ぜひご活用ください。



日本肥満症予防協会公式サイト

一般社団法人日本肥満症予防協会

当協会は、肥満症の認知及び解消方法を社会に普及させることを目的として、2015年1月9日に設立された団体です。

【役員】

理事長 松澤佑次 (住友病院 名誉院長・最高顧問)

副理事長 齋藤 康 (千葉大学元学長・名誉教授)

宮崎 滋 (公益財団法人結核予防会 総合健診推進センター 所長)

執行理事 春日雅人 (公益財団法人朝日生命成人病研究所 所長)

門脇 孝 (国家公務員共済組合 虎の門病院 院長)

猿田享男 (慶応義塾大学 名誉教授)

中村丁次 (神奈川県立保健福祉大学 学長)

益崎裕章 (琉球大学 大学院医学研究科 教授)

津下一代 (女子栄養大学 特任教授)

野口 緑 (大阪大学大学院医学系研究科公衆衛生学 特任准教授)

植木浩二郎 (国立国際医療研究センター研究所 糖尿病研究センター長)

坂根直樹 (独立行政法人国立病院機構京都医療センター 予防医学研究室 室長)

塩見利明 (広島大学大学院睡眠医学寄付講座教授・病院睡眠医療センター長)

松井宏夫 (日本医療ジャーナリスト協会 副会長)

下村伊一郎 (大阪大学大学院医学系 内分泌・代謝内科学 教授)

横手幸太郎 (千葉大学大学院医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学 教授・同大学附属病院長・同大学副学長)

監事 岡田知雄 (神奈川工科大学 健康管理室)

オフィシャルパートナー 花王株式会社

協 賛 パナソニック株式会社、イオン株式会社、大塚食品株式会社、松谷化学工業株式会社、

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社、富士フイルム富山化学株式会社

*2022年12月1日現在